

インターンシップ申込書

住 所		(〒)	
フリガナ		電話 番号	
氏 名			
参 加 希 望 日	第 1 希望	希望する日を○で囲んでください。 令和 3 年 8 月 11 日 (水)・8 月 19 日 (木)・8 月 27 日(金)	
	第 2 希望	希望する日を○で囲んでください。 令和 3 年 8 月 11 日 (水)・8 月 19 日 (木)・8 月 27 日(金)	
配 属 希 望	第 1 希望	希望するものを○で囲んでください。 救命救急センター 手術室 病棟	
	第 2 希望	希望するものを○で囲んでください。 救命救急センター 手術室 病棟	
学校名			
修学課程		年課程	年生
食物アレルギー がある場合ご記 入ください。			

※応募締切は、参加を希望する日の 2 週間までです。

参加日や配属先は、ご希望に添えない場合もありますのでご了承ください。

ご不明な点がございましたら、お気軽にお問合せください。

〒283-8686
千葉県東金市丘山台三丁目 6 番地 2
地方独立行政法人東金九十九里地域医療センター
東千葉メディカルセンター
看護師確保対策室
TEL : 0475-50-1199 (内線 2223)
FAX : 0475-50-1356